

UNIVERSIDAD DE CUENCA



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“Salud mental positiva en los adultos mayores con respecto a los factores
demográficos”**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del Título de
Psicóloga Clínica.

Autoras:

Nube Tráncito Arcentales Cayamcela

C.I. 0302399332

Anabel Vanessa Criollo Inga

C.I. 0104759394

Directora:

Mgt. Eva Karina Peña Contreras

C.I. 0103553251

Cuenca – Ecuador

2018



Resumen:

Esta investigación tuvo como objetivo general describir la salud mental positiva en los adultos mayores considerando los factores demográficos, en tanto que, los objetivos específicos estuvieron enfocados en describir las dimensiones de la salud mental positiva y en identificar semejanzas y/o diferencias en la salud mental positiva de los adultos mayores en función a los factores demográficos. La metodología utilizada comprende un enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo, además, se logró realizar comparaciones y correlaciones entre las variables. Se trabajó con 100 adultos mayores de la ciudad de Cuenca, escogidos a través de una muestra no probabilística por conveniencia, mismos que fueron localizados y evaluados en la Universidad del Adulto Mayor, centros religiosos, grupos de jubilados y lugares públicos. Para conseguir los objetivos, se utilizaron dos instrumentos, el primero de ellos hace referencia a una ficha para datos demográficos, y el segundo, es la escala Mental Health Continuum – Short Form de Keyes, que fue validada en la población ecuatoriana con una alta consistencia interna ($\alpha=.91$). Los resultados arrojados por la investigación indican que, la salud mental positiva en los adultos mayores está dentro de un nivel alto tanto en la dimensión emocional como psicológica y que la dimensión social se mantiene en un nivel normal. En cuanto a la comparación realizada, se ultima que no existen diferencias significativas en el comportamiento de la salud mental positiva de acuerdo a los factores demográficos considerados en el estudio. Finalmente, se concluye que no existe relación significativa entre la salud mental positiva de los adultos mayores y los factores demográficos.

Palabras clave: salud, salud mental positiva, adultos mayores, factores demográficos.

**Abstract:**

The general objective of this research was to describe positive mental health in older adults considering the demographic factors, meanwhile the specific objectives were focused on describing the dimensions of positive mental health and identifying similarities and / or differences in mental health positive of older adults according to demographic factors. The methodology used includes a quantitative approach, with descriptive scope, in addition, comparisons and correlations between these variables. We worked with 100 older adults from the city of Cuenca, chosen through a non-probabilistic convenience sample, they were located and evaluated in diverse points, such as Universidad del Adulto Mayor, religious centers, retirement groups and public places. We used two instruments to achieve these objectives, the first one refers to a tab for demographic data and the second is the scale Mental Health Continuum –Short Form of Keyes, which was validated in the Ecuadorian population with a high consistency internal ($\alpha = .91$). The results of this research indicate that positive mental health in the elderly is at a high level as well as in the emotional and psychological dimension, in contrast to the social dimension, it remains at a normal level. In terms of the comparison made, there's no significant differences in the behavior of positive mental health according to the demographic factors considered in the study. Finally, we concluded that there's no significant relationship between the positive mental health of the elderly and the demographic factors.

Key words: health, positive mental health, older adults, demographic factors.



Índice de contenido:

Resumen:	2
Abstract:	3
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional	6
Cláusula de propiedad intelectual	8
MARCO TEÓRICO.....	10
METODOLOGÍA:	17
RESULTADOS:.....	22
Salud mental emocional (Escala: 3 – 15)	22
Salud mental social (Escala: 5 – 25).	23
Salud mental psicológica (Escala: 6 – 30).	24
Salud mental positiva y variables demográficas.	25
CONCLUSIONES:	29
RECOMENDACIONES:	30
Bibliografía	32
ANEXOS:	36
Ficha para datos demográficos	37
Escala MHC-SF	38

**Índice de tablas:**

Tabla 1: <i>Caracterización de los participantes</i>	18
Tabla 2: <i>Condiciones de vida</i>	19
Tabla 3: <i>Estadísticos descriptivos de las dimensiones de SMP</i>	25
Tabla 4: <i>Comparación de salud mental según sexo</i>	26
Tabla 5: <i>Comparación de salud mental según estado de pareja según estado civil</i>	26
Tabla 6: <i>Relaciones entre variables</i>	27
Tabla 7: <i>Salud mental positiva según condiciones de vida</i>	27
Tabla 8: <i>Salud mental positiva según condiciones de vida II</i>	28

Índice de figuras:

Figura 1: <i>Salud emocional</i>	22
Figura 2: <i>Salud social</i>	23
Figura 3: <i>Salud psicológica</i>	24
Figura 4: <i>Salud mental positiva general</i>	25



Universidad de Cuenca

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

NUBE TRÁNCITO ARCENTALES CAYAMCELA en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Salud mental positiva en adultos mayores con respecto a los factores demográficos”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de abril de 2018.

Nube Tráncito Arcentales Cayamcela

C.I. 0302399332



Universidad de Cuenca

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

ANABEL VANESSA CRIOLLO INGA en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Salud mental positiva en adultos mayores con respecto a los factores demográficos”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de abril de 2018.

Vanessa Inga Criollo

Anabel Vanessa Criollo Inga

C.I. 0104759394



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Nube Tráncito Arcentales Cayamcela, autora del trabajo de titulación **“Salud metal positiva en adultos mayores con respecto a los factores demográficos”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 23 de abril de 2018.

Nube Tráncito Arcentales Cayamcela

C.I. 0302399332



Universidad de Cuenca

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Anabel Vanessa Criollo Inga, autora del trabajo de titulación **“Salud mental positiva en adultos mayores con respecto a los factores demográficos”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 23 de abril de 2018.

Anabel Vanessa Criollo Inga
Criollo

Anabel Vanessa Criollo Inga

C.I. 0104759394

Salud mental positiva en los adultos mayores con respecto a los factores demográficos

“El aumento en la expectativa de vida de las personas incluye el desafío de adaptarse a los diversos cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas y amenazas al bienestar personal” (Vivaldi & Barra 2012, pág. 23). Entre tales experiencias se encuentran la jubilación, la viudez, el aumento de vulnerabilidad ante acontecimientos inadvertidos y cambios en el involucramiento social. Estos autores también consideran que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida. Además, “las experiencias que el individuo adquiere a lo largo de su vida pueden hacer que el adulto mayor se sienta realizado o en el otro extremo, desesperanzado y marginado del resto” (Rioseco, Quezada, Ducci & Torres, 2008, pág. 153). Por lo tanto, las vivencias y percepciones de bienestar y por ende de salud mental en esta etapa del ciclo vital pueden variar según la subjetividad de cada persona y el contexto en el cual se desenvuelvan.

Para la Organización mundial de la salud (OMS) la salud mental es entendida como un “estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad” (OMS, 2004, pág. 14). Es por ello que, cuando hablamos de bienestar, nos referimos a dos grandes perspectivas, la línea hedónica y la línea eudaimónica. “La primera de ellas consiste la felicidad subjetiva y se relaciona con la experiencia del placer versus el disgusto... este modelo incluye todos los juicios sobre los elementos buenos / malos de la vida” (Ryan & Deci, 2001, pág. 144).

Por su parte, la línea eudaimónica considera que la felicidad subjetiva no se puede equipar con el bienestar, debido a que no todos los deseos que una persona considera como valiosos traen resultados favorables que promueven el sentirse bien. En este sentido, este modelo se enfoca en la realización de las fortalezas de mayor valía, mediante desafíos y esfuerzos personales que lleven al desarrollo del potencial humano.

“Autores como Keyes, Ryff & Shmotkin, han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo como principal representante de

la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica” (Díaz et al., 2006, pág. 154).

Keyes & López (2002) indican que la salud y el trastorno mental corresponden a dos dimensiones unipolares diferentes, aunque correlacionadas entre sí. Además, para definir el estado de salud mental en que se encuentran las personas se debe tener una perspectiva que englobe tanto la presencia como la ausencia de trastornos mentales, pero sobre todo, la presencia de los diferentes estados de salud mental positiva. De esta manera, el estado de salud o de enfermedad estará presente cuando exista un conjunto de síntomas que tanto en un nivel como en un tiempo específico influyen en un determinado funcionamiento cognitivo, físico y social.

A mediados del siglo XX se pueden identificar diferentes perspectivas que buscan explicar la salud mental positiva, entre ellas está la propuesta de Jahoda (citado en Lunch, 2002) quien aborda a la salud mental positiva, valorizando la mutua interacción entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano; de este modo, “una persona sana sería aquella que no presenta y no padecerá de trastornos psiquiátricos, lo cual puede corresponder a un 80 o 90% de la población” (Lunch, 2002, pág. 45). Según Lunch (2002) Jahoda elabora en 1958 el modelo de salud mental positiva estableciendo una visión multidimensional de la misma, para lo cual, desarrolla seis criterios generales: 1) *actitudes que tienen las personas hacia sí mismas*, 2) *el crecimiento y autoactualización*, 3) *integración*, 4) *autonomía*, 5) *la percepción de la realidad*, y 6) *el dominio del entorno*.

Muñoz, Restrepo & Cardona (2016) por su parte, afirman que durante la primera década del siglo XXI se ha producido un acelerado desarrollo de las teorías sobre bienestar, sirviendo de base para teóricos e investigadores de la Salud Mental Positiva; entre los principales figuran el Modelo Multidimensional de Carol Ryff y el modelo de Estado Completo de Salud Mental de Corey Keyes. A continuación, se presenta una breve síntesis de las teorías mencionadas.

Ryff, desarrolla en 1989 el Modelo Multidimensional de Bienestar, de corte eudaimónico, alegando que la salud positiva se encuentra caracterizada por elementos mentales, físicos y de la relación entre los mismos. Este modelo sostiene que “la salud mental

Arcentales Nube.
Criollo Anabel.

positiva (SMP) consiste en la búsqueda continua de la realización del verdadero potencial de la persona, y que salud positiva y salud negativa son dos dimensiones independientes” Ryff & Keyes (citado en Muñoz et al., 2016). Esta teoría se encuentra caracterizada por seis dimensiones:

La primera dimensión es la de *auto-aceptación* y se refiere a la evaluación positiva presente y pasada del individuo. La *autonomía*, como segunda dimensión, guarda relación con el sentido de autodeterminación y la independencia del sujeto, da cuenta de cómo el sujeto establece relaciones con el medio que lo rodea y con sus semejantes. Por otro lado, la tercera dimensión, *el crecimiento personal*, está relacionada con el sentido de crecimiento y desarrollo como persona. La cuarta dimensión de bienestar psicológico, *el propósito en la vida*, se relaciona con la creencia de que la vida tiene algún significado y propósito para la persona. La dimensión de *relaciones positivas con otros* es la quinta y hace referencia a poseer o desarrollar relaciones de calidad con otros. Por último, la dimensión de *dominio del entorno* se refiere a la capacidad de manejar el ambiente donde se encuentra la persona y a utilizar efectivamente las oportunidades que este le brinda. Este modelo ha sido estudiado por diversas áreas de la psicología y con variedad de poblaciones; como lo describiremos más adelante (Negrón, Rodríguez, Maldonado, Quiñones & Toledo, 2015, pág. 33-34).

Finalmente, el modelo del Estado completo de salud mental propuesto por Keyes en el 2005, conceptualiza a la salud mental como un estado cabal de bienestar, integrando la línea hedónica y eudaimónica, por lo tanto, se trata de un componente importante tanto para el individuo como para la sociedad. La investigadora afirma que el bienestar psicológico se conceptualiza como un fenómeno principalmente personal que se centra en los desafíos que enfrentan los adultos en sus vidas privadas, mientras que, el bienestar social representa principalmente un fenómeno de carácter público, centrado en las tareas sociales que enfrentan los adultos en sus estructuras sociales y comunidades.

Teniendo en consideración lo anterior, Keyes elabora una clasificación de los estados de bienestar de las personas: a) *florecimiento o próspero*, caracterizado por un estado de salud mental en el cual las personas están libres de trastornos mentales y altos niveles de bienestar

subjetivo, en tanto que, b) *languidecer humano*, hace referencia al estado de vacío en el que los individuos carecen de bienestar emocional, psicológico y social, pero no son enfermos mentales y c) *los adultos moderadamente saludables* no están deprimidos ni languidecen, pero tampoco han alcanzado el nivel de florecimiento en la vida.

Keyes diferencia tres dimensiones para operativizar la salud mental positiva: *bienestar emocional* (línea hedónica), el mismo que hace referencia al alta afecto positivo y a la satisfacción vital; *bienestar psicológico* (línea eudaimónica), esfera que consolida las seis dimensiones propuestas en el modelo de Ryff; y el *bienestar social* (línea eudaimónica), que indica la apreciación del sujeto con respecto a sus relaciones interpersonales. Esta última se encuentra conformada por 5 elementos: *integración social*, relacionada con la evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen con la sociedad; *aceptación social*, integra dos aspectos: 1) confianza, aceptación y actitudes positivas hacia las demás personas y 2) auto-aceptación personal. Por su parte, *contribución social*, se encuentra vinculada a la utilidad hacia el bien común; la *actualización social*, considera a la sociedad y a las instituciones como entes en constante progreso que permite el logro de metas y cambios sociales. Finalmente, la *coherencia social*, hace referencia a la facultad de comprender la dinámica social en la que se desenvuelve una persona.

Keyes indica que, tanto la dimensión psicológica como la subjetiva y la social, contribuyen al nivel individual y social del funcionamiento humano; concordando con la teoría de Ryff y Jahoda en sus respectivos modelos. Por tal razón, las dimensiones se convierten en complementarias y necesarias para expandir y entender el concepto de la salud mental positiva.

En cuanto a los factores demográficos, autores como Vivaldi & Barra (2012) consideran que estos podrían figurar como variables relacionadas con el desarrollo del ser humano, que a su vez, podrán interferir en la salud mental positiva de los adultos mayores, ya que los cambios durante esta etapa del ciclo vital pueden estar vinculados a desafíos constantes con los que este grupo deberá enfrentarse e intentar adaptarse. La OMS (2004) considera que la salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y

biológica. A más de esto, este organismo menciona que los indicadores de pobreza pueden jugar papeles importantes dentro de los factores de riesgo para que las personas se muestren vulnerables a desarrollar cualquier enfermedad mental.

En la literatura se han encontrado una serie de estudios realizados acerca de la salud mental positiva y su relación con factores sociodemográficos en los adultos mayores, entre ellos se encuentran el de Gallegos-Carrillo, García-Peña, Durán-Muñoz, Reyes & Durán-Arenas (2006) cuya investigación fue realizada en México, mediante el enfoque cuantitativo estudiaron a 7.322 adultos de 60 años y mayores. El objetivo del estudio fue conocer el estado de salud de la población mexicana y las variables asociadas al acceso, utilización y calidad de los servicios del sistema de salud. Los resultados de este estudio indican que el 19.8% reportó un estado de salud como malo o muy malo. Los factores asociados a mala salud fueron edad, sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problemas de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónica.

Martínez-Suárez, Prieto-Villamil & Posada-Lecompte (2009) en Colombia, mediante la metodología cualitativa, analizaron los discursos realizados por 40 adultos y adultos mayores en edades que oscilaban entre los 50 y los 85 años, no institucionalizados. Los resultados de su investigación refieren que la salud mental positiva es representada por el adulto mayor como un proceso natural más cercano a la salud que a la enfermedad, caracterizado por el bienestar, el mismo que se encuentra compuesto por el mantenimiento de bienestar anímico y emocional, se hace un énfasis en la espiritualidad y en la actitud positiva frente a la vida; también, por la capacidad de mantener una actividad física, tener relaciones significativas con su familia y unas adecuadas condiciones de calidad de vida. Además, los resultados revelan la existencia de una relación mutua y significativa entre la salud mental y la salud física. Como se puede evidenciar, los adultos mayores abordan a la salud mental positiva desde un enfoque integral, englobando aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Westerhof & Keyes (2010), realizan en Holanda una investigación sobre las enfermedades mentales y la salud mental, con un enfoque cuantitativo que incluyó a adultos

entre los 18 y 87 años de edad. Los resultados del estudio demuestran que los adultos mayores experimentan menos enfermedades mentales, en comparación con los adultos más jóvenes, sin embargo no se evidencian diferencias en los niveles de salud mental.

Vivaldi & Barra (2012) en su investigación realizada en Chile mediante el enfoque cuantitativo evaluaron a 250 personas, el estudio demostró que el bienestar psicológico presenta mayores relaciones con la percepción del apoyo social que con la de salud, que los hombres refirieron mayor bienestar psicológico y mejor apreciación de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

Escalona-Pérez & Ruiz-Martínez (2016) realizaron un estudio que evaluó el estado de salud mental y el funcionamiento familiar en 120 adultos mayores del estado de México. En relación con la salud mental, se observó que los adultos mayores se encuentran en un nivel medio, lo cual demuestra una inclinación hacia el bienestar y el desarrollo de capacidades, sin embargo, algunos adultos mayores presentan problemas de salud mental como: somatización, obsesiones, ansiedad fóbica y depresión, caracterizados por malestares físicos, angustia, preocupaciones, miedo, tristeza, desesperanza. Las mujeres muestran mayores síntomas de depresión que los hombres. Referente al funcionamiento familiar, la mayoría de los participantes manifestaron contar con relaciones familiares adecuadas, esto indica que existe unión en las familias y participación de los adultos mayores con su entorno, donde ellos siguen siendo autónomos para realizar actividades cotidianas, así como para controlar actividades personales y grupales.

En Ecuador Waters & Gallegos (2010) realizaron una investigación cualitativa que fue organizada y realizada para elucidar y entender las percepciones, opiniones y conceptos referentes a la percepción de la vejez de los indígenas de la serranía ecuatoriana. Imbabura, Pichincha, Chimborazo y Loja fueron seleccionadas para inclusión en la investigación, para ello se trabajó con grupos focales. Los resultados indican que el trabajo es un elemento central en la identidad y que el envejecer es equivalente a no poder trabajar con la misma capacidad que antes. Una dimensión adicional de la percepción del envejecimiento es que, se trata de un proceso progresivo e inevitable de deterioro y “decaimiento”. El envejecimiento en este estudio conlleva para muchos

Arcentales Nube.
Criollo Anabel.

de los participantes un sentido agudo y profundo de tristeza, deficiencias en las capacidades físicas, incluyendo la visión, oído y memoria. La cercanía de los hijos es un factor importante en el mantenimiento de los lazos familiares de apoyo. Dentro de los factores positivos de la vejez se encuentra la fe religiosa y la percepción positiva de distintos organismos e instancias en los sectores públicos y privados. Finalmente, pocos participantes informaron que acuden a practicantes de la medicina tradicional.

En nuestra población local, Peña-Contreras et al. (2017), realizaron una investigación que tuvo como objetivo estudiar la estructura factorial, fiabilidad y validez del Mental Health Continuum – Short Form (MHC–SF) de Keyes (2009) en población adulta ecuatoriana. La escala fue aplicada a dos muestras, una de 100 personas que funcionó como prueba piloto y otra de 562 (154 hombres y 408 mujeres) personas de Cuenca - Ecuador, a quienes también se les aplicó una adaptación del Perfil PERMA de Butler y Kern (2016) para comprobar la validez convergente y discriminante. Los resultados indican que la población presenta adecuados niveles de ajuste y alta consistencia interna ($\alpha=.91$) y un ajuste general adecuado de la estructura de tres factores: bienestar psicológico, bienestar social y bienestar emocional.

Dentro de los hallazgos del estudio en la comparación de los individuos en relación con el sexo con los tres factores, se encontró que las diferencias entre hombres y mujeres son significativas, con mujeres que tienen valores más altos para las tres dimensiones. En cuanto a los resultados de las personas clasificados por edad (edad adulta temprana, media edad adulta y adultez tardía) para cada dimensión de bienestar, se observa que la población al final de la edad adulta tiene valores promedio más altos.

Para concluir, se ha de resaltar que según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) la expectativa de vida en nuestro medio ha aumentado considerablemente. En el Ecuador, la esperanza de vida alcanza los 76.2 años y son las mujeres quienes poseen una esperanza de vida mayor, con 83.5 años. A más de esto, la salud mental positiva en los adultos mayores es una de las temáticas que mayor realce ha tenido en las últimas décadas dentro de la salud mental positiva, esto se debe al actual interés en conocer la percepción del estado de bienestar, ligada a la constante interacción de variables que, relacionadas a diversos factores sociodemográficos, pueden resultar como beneficiosas en la

salud mental o podrán cumplir un papel totalmente contrario, afectando de manera directa el desarrollo funcional del adulto mayor.

Con los mencionados antecedentes, se planteó como objetivo general describir la salud mental positiva en los adultos mayores considerando los factores demográficos, en tanto que, los objetivos específicos estuvieron enfocados en describir las dimensiones de la salud mental positiva y en identificar semejanzas y/o diferencias en la salud mental positiva de los adultos mayores en función a los factores demográficos.

METODOLOGÍA:

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo debido a que el proceso fue estructurado, organizado, secuencial y permitió la medición de las variables estudiadas. Se corresponde a un diseño no experimental de tipo transversal debido a que los datos se tomaron en un solo período de tiempo y con alcance descriptivo, el mismo que buscó detallar con exactitud las características de la salud mental positiva en los adultos mayores con respecto a los factores demográficos. Hernández-Sampieri, Baptista-Lucio & Fernández-Collado (2014) afirman que el alcance descriptivo considera al fenómeno estudiado y a sus componentes, midiendo conceptos y definiendo variables del estudio.

La población estuvo constituida por adultos mayores de la ciudad de Cuenca, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que los sujetos fueron localizados y evaluados en la universidad del adulto mayor (estudiantes que asisten a la Universidad del Adulto Mayor de la ciudad de Cuenca, durante el período septiembre de 2017 – enero 2018), centros religiosos, grupos de jubilados y lugares públicos. El grupo evaluado estuvo constituido por 100 adultos mayores (46 hombres y 54 mujeres) entre 60 y 90 años. La edad promedio fue de 70.33 años ($DT = 5.64$). De los 100 participantes evaluados el 63% mencionó tener un estado civil de pareja (61 casados y 2 en unión libre) y el 37% restante civilmente no registraba pareja (16 viudos, 9 solteros y 12 divorciados), además, el 12% de los participantes expusieron tener carnet de discapacidad otorgado por el CONADIS y el 90% se identificaba culturalmente como mestizo. Detalles en la *tabla 1*.

Tabla 1
Caracterización de los participantes

Características		%
Sexo	Hombre	46.0
	Mujer	54.0
Estado Civil	Soltero	9.0
	Casado	61.0
	Viudo	16.0
	Divorciado	12.0
	Unión libre	2.0
Carnet de discapacidad (CONADIS)	No	88.0
	Si	12.0
Identificación cultural	Mestizo	90.0
	Blanco	9.0
	Indígena	1.0

En referencia a las condiciones de vida de los participantes, el 76% de los adultos indicó que vivían con su familia, y el 24% restante solos ($n=22$) o con otras personas ($n=2$), además el 82% tenían vivienda propia, el 12% arrendada, el 4% prestada y el 2% otro tipo. Finalmente, el 23% de los adultos mencionaron tener ingresos inferiores al salario básico unificado ecuatoriano del año 2017 (375 dólares), el 24% indicó tener ingresos mensuales iguales al salario básico, 18% entre 375 y 668 dólares, el 18% entre 669 y 750 dólares, el 14% entre 751 y 1125 dólares y el 3% más de 1125 dólares. Detalles en la *tabla 2*. La aplicación de los instrumentos se dio desde el 26 de octubre hasta el 23 de noviembre de 2017, las escalas reposan en el centro de investigación de la universidad de Cuenca.

Tabla 2
Condiciones de vida

	Características	%
¿Con quién vive?	Solo	22.0
	Familia	76.0
	Otros	2.0
Su vivienda es	Prestada	4.0
	Arrendada	12.0
	Propia	82.0
	Otras	2.0
¿Trabaja actualmente?	No	77.0
	Si	23.0
Ingresos Económicos	Inferior a 375 dólares	23.0
	375 dólares	24.0
	Entre 376 y 668 dólares	18.0
	Entre 669 y 750 dólares	18.0
	Entre 751 y 1125 dólares	14.0
	Mayor a 1 125 dólares	3.0

Para la investigación se utilizó la escala Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) de Keyes y la ficha para datos demográficos, ambas adaptadas por Peña-Contreras, et al. (2017) dentro del proyecto de investigación *Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad*. Este instrumento fue validado en la población ecuatoriana con una consistencia interna alta ($\alpha=.91$). La escala original (MHC-SF) permite la evaluación de las tres dimensiones del bienestar, es decir, el emocional, el psicológico y el social. La primera dimensión busca medir a través de las 3 primeras preguntas de la escala, los afectos positivos y la satisfacción con la vida; la segunda dimensión, mide la contribución, interacción, aceptación y coherencia social a través de 5 ítems; finalmente, la dimensión psicológica cuenta con 6 preguntas para medir las dimensiones que propone Ryff. La escala original cuenta con una escala Likert de 6 puntos basada en las experiencias por las que la persona había atravesado durante el último mes; sin embargo, la adaptación ecuatoriana emplea una escala Likert con puntuaciones del 1 al 5, donde 1 corresponde a nunca; 2, pocas veces; 3, bastantes veces; 4, muchas veces y 5, siempre.

De acuerdo a la forma de calificación del MHC-SF, existen dos puntajes: el primero hace referencia al *puntaje continuo*, en donde se suman los puntos obtenidos en la escala de Likert, teniendo un mínimo de 0 y un máximo de 70 puntos en el total de la escala. El segundo puntaje es el *diagnóstico categórico* que en base a la escala de Likert, se realiza un diagnóstico de florecimiento, languidecer y moderadamente saludable. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la escala Likert de la adaptación ecuatoriana consta únicamente de 5 puntos, por lo que el primer puntaje presenta una varianza en los rangos, ya que tiene un mínimo de 14 y un máximo de 70 puntos, en tanto que, el segundo puntaje no se puede realizar con la escala de 5 puntos, descartando así el diagnóstico categórico en los resultados.

La ficha para datos demográficos valoró las variables demográficas de los adultos mayores, mediante 9 ítems seleccionados de acuerdo a los objetivos de la investigación, que incluyen: sexo, edad, estado civil, etnia, con quien vive, trabajo, ingresos económicos, tipo de vivienda y la presencia o ausencia de discapacidad. La escala y la ficha sociodemográfica fueron autoaplicadas por las personas evaluadas. La consistencia interna del estudio ($\alpha=.88$) es buena de acuerdo a Cervantes (2005), debido a que un α mayor a .8 demuestra alta consistencia interna en la medida de los ítems analizados, midiendo un mismo constructo y demostrando que los ítems evaluados están relacionados entre sí.

Para la realización de la investigación se procedió en primera instancia a gestionar los permisos respectivos en la Universidad del Adulto Mayor, institución a la que pertenecen varios participantes evaluados, realizándose un primer acercamiento con las autoridades del establecimiento. En tanto que, con los demás participantes no hubo necesidad de realizar este procedimiento, por lo que se realizó de manera directa la aplicación de los consentimientos informados, para continuar con la autoaplicación de los instrumentos para el levantamiento de datos.

Con los datos obtenidos a través de la aplicación de las escalas, se construyó una matriz de datos en SPSS (versión 2.4). Se partió de un análisis descriptivo básico, para luego derivar en un nivel comparativo y relacional, en el que se procedió al cotejo de las variables. Los resultados se presentan en dos fases; inicialmente con la estimación de tendencias de salud mental y sus



dimensiones, lo que se expresa mediante medidas de tendencia central y dispersión; después, se aplicaron comparaciones y correlaciones según variables demográficas. Debido al comportamiento no normal en los datos (según la prueba Kolmogorov Smirnov $p < .05$, cuyo objetivo es señalar si los datos presentan un comportamiento normal o no normal) y a la diferencia de tamaño de grupos, se aplicaron las pruebas no paramétricas: para comparación de medias U-Mann Whitney, misma que contrasta las medianas de dos grupos con libre distribución; y el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Esta última, es una prueba encargada de medir la dirección y fuerza de la asociación de dos variables ordinales basándose en la diferencia entre rangos. “Los valores de esta prueba pueden oscilar entre -1 y +1 indicando asociaciones negativas o positivas respectivamente, significando el valor cero no asociaciones” (García, Gallego, & Pérez, 2009, pág. 450).

En los casos de condiciones de vida: con quien viven, tipo de vivienda, condiciones laborales y de discapacidad no fue posible realizar comparaciones estadísticas porque la diferencia entre grupos era alta, por lo que se expresan solo las medidas descriptivas. Los resultados se ilustraron a través de histogramas y de la edición de tablas en Excel 2016, las decisiones se tomaron con una consideración del 5% ($p < .05$).

Finalmente, el estudio consideró los lineamientos éticos propuestos por el APA, respetando la confidencialidad y el anonimato de los adultos mayores. Para la aplicación de los instrumentos de investigación se solicitó a los participantes la lectura y firma del consentimiento informado, cuyos objetivos básicos se relacionan con la aceptación libre y voluntaria de los participantes a ser considerados sujetos de investigación. Cabe mencionar que los datos fueron utilizados únicamente con fines académicos, asegurando el bienestar del participante. Finalmente, considerando la responsabilidad social de la investigación, los resultados obtenidos, una vez aprobados, serán compartidos con la institución en la que se realizó el estudio, universidad del adulto mayor.

RESULTADOS:

A continuación, se presenta en primer término los resultados encontrados en relación a los objetivos específicos, para luego mostrar los resultados relacionados con el objetivo general. En cuanto al primer objetivo específico, orientados a describir las dimensiones de la salud mental positiva con respecto a los factores sociodemográficos de los adultos mayores, los resultados son los siguientes:

Salud mental emocional (Escala: 3 – 15)

La salud emocional de todos los participantes se encontró entre 6 y 15 puntos con una media de 12.54, una baja dispersión de datos ($DE=2.28$) y tendencia hacia los altos valores de la escala (alta salud mental positiva emocional), detalles que se pueden ver en la *figura 1*.

Figura 1
Salud emocional

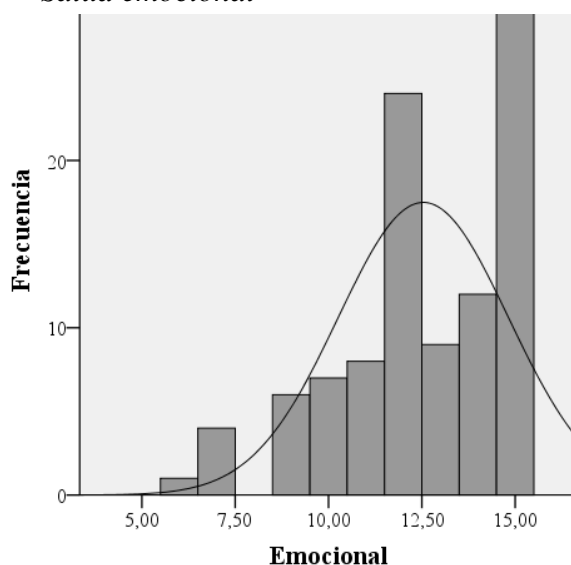


Figura 1 El histograma muestra el comportamiento de los datos a lo largo de la escala, la línea muestra la tendencia de respuesta.

Salud mental social (Escala: 5 – 25).

La salud social se encontró entre 11 y 25 puntos con una media de 18.99 (DE=3.89), el comportamiento de los datos reveló un comportamiento uniforme a lo largo de escala, ver *figura 2*.

Figura 2
Salud social

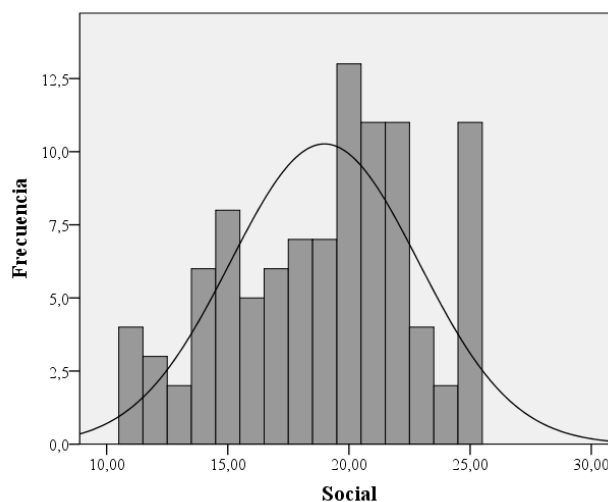


Figura 2 El histograma muestra el comportamiento de los datos a lo largo de la escala, la línea muestra la tendencia de respuesta, la cual en este caso su distribución es normal.

En cuanto a este tema, los resultados de la investigación distan del estudio de Galleguillos Céspedes (2015), realizado en Chile, el cual reportó que los adultos mayores presentan niveles altos de satisfacción (sentimientos de alegría, motivación, energía y de felicidad) referentes a la interacción social. La autora concluye que un adulto mayor tiene mayor posibilidad de poseer un sentido de inclusión social eficiente cuando presente sentimientos positivos respecto a su vida. Por otra parte, Zubieta, Fernández, Bombelli, & Mele (2011), dan cuenta que los participantes de su estudio presentan niveles medio-altos en la dimensión de Bienestar Social, lo cual indica que las personas perciben a sus interacciones sociales como fructíferas para su funcionamiento personal.

Salud mental psicológica (Escala: 6 – 30).

La salud psicológica se encontró entre 14 y 30 puntos con una media de 25.84, una baja dispersión de datos $DE=3.75$ ($DE < 20\%$ de la media) y una tendencia hacia los altos valores de la escala, lo que indica que la salud mental psicológica es alta, los detalles se pueden ver en la *figura 3*.

Figura 3
Salud psicológica

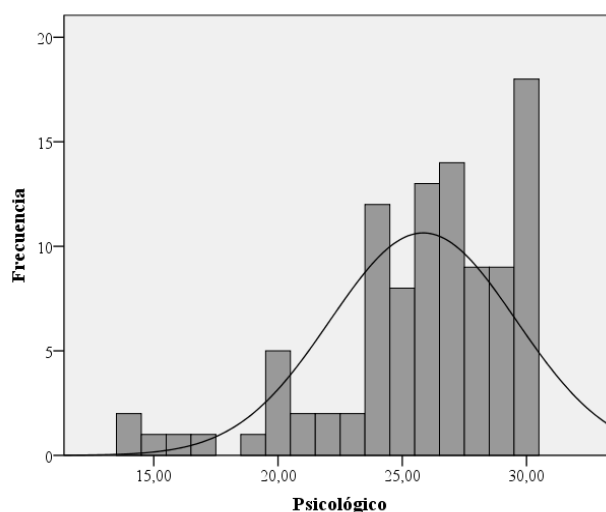


Figura 3 El histograma muestra el comportamiento de los datos a lo largo de la escala, la línea muestra la tendencia de respuesta, la cual está dirigida hacia los altos valores de la escala.

Estos resultados difieren levemente con los de Calcaterra (2015), cuya investigación sostiene que el bienestar psicológico en adultos mayores se encuentran dentro de un nivel medio, es decir, se trata de personas que en términos generales se encuentran satisfechas, se “sienten conformes con sus vidas y con su forma de ser, poseen autonomía para decidir, lo que las ayudaría a sentirse auto-competentes y seguras de sí mismas. Serían personas asertivas, pueden confiar en su propio juicio, logran establecer buenos vínculos con los demás y consiguen disfrutar de ellos” (Calcaterra, 2015, pág. 89). Este estudio manifiesta que no existen diferencias significativas en

los adultos mayores institucionalizados y los no institucionalizados con respecto al bienestar psicológico.

Salud mental positiva y variables demográficas.

La salud mental continua osciló entre 33 y 70 puntos con una media de 57.37 y un comportamiento homogéneo de datos $DE=11.47$ en general la tendencia de salud mental se ubicó en los altos valores representando una salud mental positiva elevada, en la *figura 4* se puede observar la distribución.

Figura 4
Salud mental positiva general

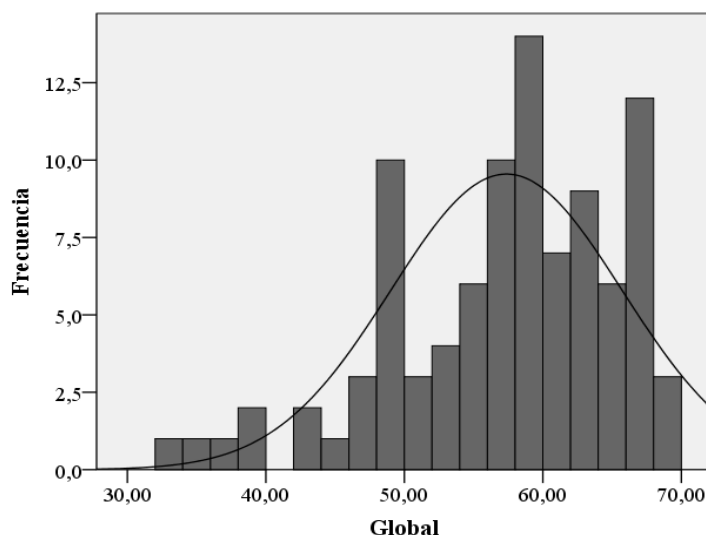


Figura 4 El histograma muestra el comportamiento de los datos a lo largo de la escala, la línea muestra la tendencia de respuesta, la que está dirigida hacia los altos valores de la escala.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos de las dimensiones de SMP

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Emocional	6.0	15.0	12.54	2.28
Social	11.0	25.0	18.99	3.89
Psicológico	14.0	30.0	25.84	3.75
Global	33.0	70.0	57.37	8.36

La información obtenida (*Tabla 3*), se asemeja a los resultados del estudio de Peña, et. al. (2017), el cual concluye que los adultos mayores reportan puntajes medios y medianos más altos en las tres dimensiones de bienestar evaluadas, presentando un nivel de bienestar global dentro del rango alto.

La *tabla 4* muestra que a pesar de que las mujeres tenían niveles mayores de bienestar, no se registraban diferencias significativas según sexo ($p > .05$).

Tabla 4*Comparación de salud mental según sexo*

Salud mental positiva	Hombre N=46		Mujer N=54		p
	Media	DE	Media	DE	
Emocional (3-15)	12.13	2.61	12.89	1.91	.211
Social (5-25)	18.65	4.07	19.28	3.73	.532
Psicológico (6-30)	25.11	4.38	26.46	3.01	.135
Global (14-70)	55.89	9.36	58.63	7.25	.164

El resultado difiere en comparación de los hallazgos encontrados en el estudio de Vivaldi y Barra (2012), que sugiere que los hombres presentaron mayor salud mental positiva, ya que refirieron mayor bienestar psicológico y mejor apreciación de salud que las mujeres.

El estado de pareja según el estado civil de los adultos no representó diferencia significativa a pesar de que aquellas personas con pareja tengan un mayor nivel de: salud mental social. *Tabla 5*.

Tabla 5*Comparación de salud mental según estado de pareja según estado civil*

Salud mental positiva	Sin pareja		Con pareja		p
	Media	DE	Media	DE	
Emocional (3-15)	12.76	2.36	12.41	2.24	.360
Social (5-25)	18.95	4.46	19.02	3.54	.736
Psicológico (6-30)	26.41	3.85	25.51	3.68	.082
Global (14-70)	58.11	9.34	56.94	7.77	.247

La edad de los participantes y sus ingresos no se vieron relacionadas con la salud mental positiva, ($p > .05$), lo que indica que la edad y los ingresos no influyen en la salud mental de los participantes. Detalles en la *tabla 6*.

Tabla 6
Relaciones entre variables

		Emocional	Social	Psicológico	Global
Edad	rs	.075	.053	.179	.143
	p	.461	.598	.075	.157
Ingresos	rs	-.039	-.067	-.134	-.089
	p	.703	.510	.184	.378

La *tabla 7* muestra las características escalares de la salud mental positiva y sus dimensiones según condiciones de convivencia, a grandes rasgos y sin comparaciones estadísticamente válidas, se puede observar un comportamiento bastante similar entre los grupos (con quien vive y tipo de vivienda).

Tabla 7
Salud mental positiva según condiciones de vida

Salud mental positiva	Con quién vive				Tipo de vivienda			
	Otros n=24		Familia n=76		No propia n=18		Propia n=82	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Emocional (3-15)	12.42	2.70	12.58	2.15	13.28	2.37	12.38	2.24
Social (5-25)	18.00	4.84	19.30	3.51	19.56	3.54	18.87	3.97
Psicológico (6-30)	26.38	3.52	25.67	3.82	27.00	3.34	25.59	3.80
Global (14-70)	56.79	9.70	57.55	7.95	59.83	6.40	56.83	8.66

En general y sin considerar una comparación estadísticamente válida, la *tabla 8*, muestra que las medidas escalares de salud mental según condiciones laborales y de discapacidad tenían un comportamiento similar.

Tabla 8*Salud mental positiva según condiciones de vida II*

Salud mental positiva	Condiciones laborales				Condición de discapacidad			
	No trabaja n=77		Trabaja n=23		Sin carnet n=88		Con carnet n=12	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Emocional (3-15)	12.44	2.36	12.87	1.98	12.64	2.16	11.83	3.04
Social (5-25)	18.86	3.87	19.43	3.99	18.75	3.93	20.75	3.19
Psicológico (6-30)	25.81	3.54	25.96	4.47	25.85	3.81	25.75	3.41
Global (14-70)	57.10	8.21	58.26	8.95	57.24	8.34	58.33	8.74

Diener, Suh, Lucas & Smith (1999), indican que los factores contextuales, así como las variables demográficas explican únicamente entre el 15% y el 20% de la varianza del bienestar, posiblemente por el hecho de que la gente se adapta a los cambios. Los resultados de nuestra investigación indican que las variables demográficas tales como edad, sexo, ingresos económicos e identidad cultural son relevantes pero no indispensables para explicar la dimensión del bienestar.

Carmona-Valdés (2009) refiere que las variables como: interacción social, autonomía/ no autonomía y salud/enfermedad, tienen una relación de predicción estadísticamente significativa con el estado de bienestar, razón por la cual existe una mayor probabilidad de vivir la vejez con felicidad y satisfacción, lo cual contribuye a que la persona adquiera y mantenga un mejor estado de bienestar.

Sin embargo, las variables de edad, sexo, estado civil y estrato socioeconómico no establecen influencia en el bienestar personal de los adultos mayores. “Sin duda, la estabilidad económica ofrece mayor libertad, mayores opciones y recursos y mayor seguridad; sin embargo, según la información obtenida del estrato socioeconómico no es una variable predictiva de bienestar personal, ya que la ventaja o desventaja económica no revela una relación significativa con el bienestar personal” (Carmona-Valdés, 2009, pág. 59).

CONCLUSIONES:

La salud mental positiva en adultos mayores es un tema de estudio bastante reciente en nuestro medio, por lo que, indagar acerca de esta temática implicó la búsqueda y comprensión de literatura, así como de los resultados y respuestas que ellos brindaron a la escala y a la investigación como tal. El estudio se enmarcó en objetivos que permitieron dar cuenta de la realidad percibida por los adultos mayores en cuanto a su salud mental positiva.

La salud mental positiva es un constructo que abarca un conjunto de dimensiones que permiten la comprensión de la salud de una manera integral. Los aspectos psicológico, emocional y social constituyen un sentido de complementariedad, lo que permite reconocer que la interacción de las dimensiones de la salud mental positiva afecta de manera considerable el funcionamiento óptimo de los adultos mayores.

La dimensión psicológica permite diferenciar un funcionamiento óptimo frente a un funcionamiento deficitario, en este caso, en los adultos mayores se evidencia la existencia de valores altos, lo que indica sensaciones de control y competencia, desarrollo continuo, claridad en los objetivos de vida, autonomía y capacidad para crear y mantener relaciones positivas con los otros. De igual manera, los valores de la dimensión emocional se dirigieron hacia los rangos altos, lo que indica que, los adultos mayores perciben de manera positiva su diario vivir, presentado afectos positivos como por ejemplo la felicidad, alegría, esperanza, etc.

La salud mental positiva social por su parte, indica una distribución uniforme que contempla en su mayoría un adecuado desenvolvimiento con las otras personas, manteniendo un sentido de pertenencia y proximidad con los otros.

De manera general, los resultados del estudio demuestran que no existen diferencias significativas en las dimensiones de salud mental con respecto a las variables consideradas: sexo, condición de pareja según estado civil, edad e ingresos.



Es necesario considerar que, con el paso del tiempo, los adultos mayores presentan cambios en los diferentes ámbitos, ya sea el social, económico, psicológico, emocional y físico; sin embargo, es importante señalar que a la par van adquiriendo y potencializando habilidades que pueden desempeñar el rol de factores de protección para la salud mental.

RECOMENDACIONES:

En este apartado se manifiestan las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo del estudio, con el objetivo de que las mismas puedan ser abordadas y resueltas en futuras investigaciones.

Se señalan dos limitaciones que las autoras encontraron en este estudio, mismas que consisten en: escasa literatura respecto al tema de investigación tanto a nivel local, como nacional y el reducido número de participantes en el estudio, limitación que no permite que los resultados encontrados a más de ser no significativos, no sean generalizados en la población adulta mayor. En cuanto a la segunda limitación, es de señalar que si bien la muestra estudiada ($n=100$) está dentro de los rangos establecidos para un estudio clínico, los resultados obtenidos carecen de generalización, siendo necesario que para próximos estudios la muestra a analizar deberá ser más extensa. Siendo esta ya una posible línea de investigación para estudios réplica, con muestras de características similares a la del presente estudio.

Por otro lado, en base a los resultados obtenidos en la investigación, se cree conveniente presentar líneas de intervención, que favorezca a la salud mental positiva en los adultos mayores; es así que se proponen dos posibles líneas de intervención:

La primera, enfocada en la implementación de espacios que generen actividad en los adultos mayores, buscando mantener su salud, bienestar, proveer una mejor calidad de vida y mejorar el desarrollo social de los adultos mayores. Jahoda (1958) indica que es necesario



la creación de entornos favorables que faciliten conductas de salud y, por tanto, hay que tener en cuenta los factores sociales y culturales al diseñar programas de promoción.

En tanto que, la segunda línea, gira en torno a la creación y fortalecimiento de redes de apoyo para los adultos mayores e impartir psicoeducación a las familias de los mismos. Las redes de apoyo deberán estar encaminadas a favorecer la percepción del adulto mayor ante la presencia de enfermedades y las pérdidas que fungen como crisis normativas en esta etapa de la vida. Mientras que, la psicoeducación estará orientada a buscar que la familia no perciba al adulto mayor como alguien inútil o enfermo, contrario a esto, busca el reconocimiento del adulto mayor como una fuente de sabiduría, fortalezas y participantes activos de nuestra sociedad.



Bibliografía

- Calcaterra, M. J. (2015). *Bienestar psicológico en la vejez: análisis y comparación entre personas de la tercera edad institucionalizadas y no institucionalizadas*. Obtenido de Bibliotecadigital.uda: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/466/tesis-3986-bienestar.pdf
- Carmona-Valdés, S. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de ciencias sociales de la Universidad Iberoamericana*, 48-65.
- Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente alpha de cronbach. *Avances en Medición*, 9-28.
- Corrales, E., Tardón, A. y Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12(2), 171-175.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 527-577.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Bienestar Subjetivo: Tres décadas de progreso. *Psychological Bulletin*, 276-302.
- Escalona-Pérez, B., & Ruiz-Martínez, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 38-46.
- Flores, V. M. E., Colunga, R. C., Ángel, G. M., Vega, L. M. G., Valle, B. M. A., y Cruz, A. M. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Uaricha*, 10 (21), 1-13.



- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Duran-Muñoz, C., Reyes, H., & Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Salud Pública*, 40(5), 792-801.
- Galleguillos-Céspedes, D. (2015). Inclusión social y calidad de vida en la vejez. Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante. Talagante, Chile. Obtenido de Repositorio de la Universidad de Chile.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 450.
- Gonzáles, I., & Tirado, Á. (2010). Salud mental y bienestar en adultos mayores. CRMF Albacete, pág. 22.
- Hernández-Sampieri, R., Baptista-Lucio, P., & Fernández-Collado, C. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Jahoda, M. (1958). Current Concepts of Positive Mental Health. *Basic Books*, Nueva York.
- Keyes, C. (2005). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 1-10.
- Keyes, C., & López, S. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En S. López, & C. Snyder. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pág. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Lunch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Revista de Salud Mental*, 25 (4), 45.
- Martínez-Suárez, A., Prieto-Villamil, A., & Posada-Lecompte, M. (2009). Una mirada a la salud mental positiva en adultos mayores: Grupos focales. *Memorias*, 80-90.



- Martínez, R., Pando, M., León, S., González, R., Aldrete, M. & López, L. (2015). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), 78-88.
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*, 166-17.
- Negrón, N., Rodríguez, Y., Maldonado-Peña, Y., Quiñones-Berrios, A., & Toledo-Osorio, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31-43.
- OMS. (2004). Promoción de la salud mental. *Mental Health*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Peña-Contreras, E. K., Lima-Castro, S. E., Bueno-Pacheco, G. A., Aguilar-Sizer, M. E., M. Keyes, C. L., & Arias-Medina, W. P. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian context. *Ciencias Psicológicas*, 223-232.
- Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 147-153.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and Human Potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 144.
- Tinoco-Gómez, Ó. (2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Industrial Data*, 73-77.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.



Waters, W. F., & Gallegos, C. A. (2010). Salud y bienestar del adulto mayor indígena.

Universidad San Francisco Quito, 23-40.

Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Enfermedades mentales y salud mental: el modelo de dos continuos a lo largo de la vida. *Springer*, 110-119.

Zubieta, E., Fernández, O., Bombelli, J., & Mele, S. (2011). *El bienestar eudaimónico, la soledad social emocional y la importancia de la confianza en las redes*. . Obtenido de Acta Académica: <https://www.aacademica.org/000-052/667.pdf>



ANEXOS:

Consentimiento informado

Título de la investigación: Salud mental positiva en los adultos mayores con respecto a los factores demográficos

Investigador(s) responsable(s):

Nube Tráncito Arcentales Cayamcela

Anabel Vanessa Criollo Inga

Email(s):

nube.arcentales@ucuenca.ec

vanessa.criolloi@ucuenca.ec

Entiendo que la presente información pretende informarme respecto a mis derechos como participante en este estudio y sobre las condiciones en que se realizará, para que el hecho de decidir formar parte de éste se base en conocer de manera clara el proceso y que me permita tomar dicha decisión con libertad. En este momento he sido informado del objetivo general de la investigación que es: Describir las características de la salud mental positiva en los adultos mayores considerando los factores demográficos. Entiendo que el presente estudio no causará daños físicos ni psicológicos. Además, tengo derecho a conocer todo lo relacionado con la investigación que implique mi participación, cuyo proceso ha sido avalado y aprobado por profesionales competentes de la institución a la que pertenecen.

Entiendo que mi identificación en este estudio será de carácter anónimo, con absoluta confidencialidad en práctica de la ética profesional y que los datos recabados en ninguna forma podrían ser relacionados con mi persona, en tal sentido estoy en conocimiento de que el presente documento se almacenará por la(s) persona(s) responsable(s) por el tiempo que se requiera.

He sido informado(a) de que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que consiste en responder un proceder metodológico (Cualitativo o cuantitativo), ya sea de forma individual o junto a un grupo de personas, acordado conjuntamente, con vistas a proteger mi identidad, expresiones y mi comodidad, de modo que puedo decidir, en cualquier momento si así fuera, no contestar las preguntas si me siento incómodo(a) desde cualquier punto de vista. Esta libertad de participar o de retirarme, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y, que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área de mi vida u otro contexto. Además, entiendo que no percibiré beneficio económico por mi participación, será una participación que aportará, potencialmente, a aumentar el conocimiento científico, a la academia.

Al firmar este documento, autorizo a que los investigadores autores de este estudio, así como auditores del mismo tendrán acceso a la información. Consiento además, que se realicen registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención, para facilitar el avance del conocimiento científico, si fuera necesario. La información que se derive de este estudio podrá ser utilizada en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, en todos los casos será resguardada la identidad de los participantes.

Firma y fecha del participante: _____

Firma y fecha del investigador: _____

**Ficha para datos demográficos***Marque con una cruz la respuesta correspondiente***1. Sexo**

1 Hombre

2 Mujer

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

--

3. Estado civil

1 Soltero

--

2 Casado

--

3 Viudo

--

4 Divorciado

--

5 Unión libre

--

7. Su vivienda es

0 Prestada

1 Arrendada

--

2 Propia

--

3 Otras

10. ¿Trabaja actualmente?

0 No

--

1 Si

--

11. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?

0 No

--

1 Sí

--

4. ¿Con quién vive?

.....

5. ¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres?

1 Mestizo

--

2 Blanco

--

3 Afroecuatoriano

--

4 Indígena

--

5 Otro

--

6. ¿Los ingresos económicos mensuales que recibe, superan los 668 dólares? (canasta básica)

1 Inferior a 375 dólares

--

2 375 dólares

--

3 Entre 376 y 668 dólares

--

4 Entre 669 y 750 dólares

--

5 Entre 751 y 1125 dólares

--

6 Mayor a 1125 dólares

--

¡Muchas gracias por su colaboración!

Estas escalas han sido validadas en el proyecto "Variables relacionadas con el bienestar subjetivo en personas adultas con y sin discapacidad", para su aplicación se debe pedir autorización a los miembros del proyecto.

Arcentales Nube.

37

Criollo Anabel.

Escala MHC-SF**Mental Health Continuum Short Form**

(MHC - SF) Keyes, C.

PROYECTO "VARIABLES RELACIONADAS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS

ADULTAS CON Y SIN DISCAPACIDAD"

Por favor conteste a las siguientes preguntas según como se ha sentido Usted durante el último mes.

Encierre en un círculo el número que corresponda a su respuesta: 1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Bastantes veces, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre):**CON QUE FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO MES:****1. Me he sentido alegre.**

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

2. Me he sentido interesado en la vida.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

3. Me he sentido satisfecho con la vida.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

4. He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

5. He sentido que pertenezco a una comunidad (a un grupo social como la escuela o el vecindario, etc.).

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

6. He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

7. He sentido que las personas son buenas.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

8. He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

9. He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

10. He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

11. He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza.

Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
-------	-------------	-----------------	--------------	---------

1	2	3	4	5
12. Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona.				
Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5
13. Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones.				
Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5
14. He sentido que mi vida tiene propósito y sentido.				
Nunca	Pocas Veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

01/2016 SLC Este instrumento ha sido adaptado por el Proyecto de Investigación "Variables asociadas al bienestar subjetivo de personas adultas con discapacidad" ganador del Concurso XIII, para su utilización se requiere autorización.